- Утверждено на Экспертной комиссии
- по вопросам развития здравоохранения
- Министерства здравоохранения Республики Казахстан
- протокол № 10 от «04» июля 2014 года.

- **Отеки** —избыточное скопление жидкости в организме вследствие усиления ее диффузии из кровеносных сосудов и задержки в тканях. Наличие отеков (за исключением сильных или быстро возникающих отеков лица или нижней части спины) не следует рассматривать как признаки патологического состояния, поскольку отеки нижних конечностей возникают у беременных в 50-80% случаев при отсутствии протеинурии, артериальной гипертензии и носят физиологический характер [1,2].
- **Протеинурия беременных** – наличие белка в моче ≥0,3 г/сут или ≥0,3 г/л в двукратном анализе мочи, взятом через 4 часа [3-7].

- I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ
- **Название протокола:** Вызванные беременностью отеки и протеинурия без гипертензии
- Код протокола:
- **Код (коды) поМКБ-10:**
- O12 Вызванные беременностью отеки и протеинурия без гипертензии
- O12.0 Вызванные беременностью отеки
- O12.1 Вызванная беременностью протеинурия
- O12.2 Вызванные беременностью отеки с протеинурией
-

- **Сокращения, используемые в протоколе:**
- ХВН – хроническая венозная недостаточность
- ЭКГ – электрокардиограмма
- УЗИ – ультразвуковое исследование
- АД – артериальное давление
- ПВ – протромбиновое время
- ПТИ – протромбиновый индекс
- МНО – международное нормализованное отношение
- **Дата разработки протокола:** 2014 год.
- **Категория пациентов:** беременные.
- **Пользователи протокола:** акушеры-гинекологи, акушерки, врачи общей практики, терапевты, врачи скорой помощи.

Классификация

- **Клиническая классификация**

- **По степени тяжести отеков** [8]:
- • 1 степень – отеки в области стоп и голеней;
- • 2 степень – отеки нижних конечностей, нижней части живота и пояснично-крестцовой области;
- • 3 степень – возникновение отеков на руках, появление пастозности лица («одутловатость»);
- • 4 степень – генерализованные отеки.
- **По уровню протеинурии** [5, 6]:
- • физиологическая – белок в моче <0,3г/сутки;
- • патологическая – белок в моче ≥0,3 г/сутки.

Диагностика

- II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

  Плановая госпитализация
- **Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий**
- **Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:**
- • общий анализ крови 6 параметров;
- • общий анализ мочи;
- • определение суточной протеинурии в моче.
- **Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:**
- • УЗИ почек;
- • биохимический анализ крови (общий белок, креатинин, мочевина).
- Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию: не проводится
-

Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:

- общий анализ крови 6 параметров;
- общий анализ мочи;
- определение суточной протеинурии в моче;
- проба по Зимницкому;
- УЗИ почек.

Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:

- проба Реберга;
- биохимический анализ крови (креатин, мочевина, общий белок).

Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи: не проводятся.

Диагностические критерии

Жалобы и анамнез:

- отеки верхних и нижних конечностей, лица или генерализованные отеки;
- длительность и интенсивность отеков;
- снижение диуреза.

Физикальное обследование:

- нормальные показатели АД;
- отеки верхних, нижних конечностей, лица или генерализованные отеки.

Лабораторные исследования:

Наличие протеинурии после правильного забора мочи:

- общий анализ мочи – белок в моче отсутствует при отеках;
- двукратный общий анализ мочи с интервалом в 4 часа – наличие белка ≥0,3 г/л (протеинурия);
- суточный анализ мочи – белок ≥0,3 г/л (протеинурия).

Показания для консультации узких специалистов:

Для исключения экстрагенитальной патологии показана консультация терапевта, при подозрении на патологию мочевыделительной системы – консультация нефролога, уролога.

Дифференциальный диагноз

Признак	ХВН	Нефротический отек	Отеки беременных и/или протеинурия	Неправильный забор мочи
Локализация поражения	Чаще двусторонняя	Всегда двусторонняя	На обеих нижних конечностях	Нет
Локализация отека	н/3 голени, над- и окололодыжеч-ная зона, стопа отекает редко	Голень, окололодыжечная область (±тыл стопы)	Преимущественно в н/3 голени	Нет
Характер отека	Мягкий	Мягкий	Мягкий	Нет
Оттенок кожных покровов в зоне отека	От обычного до цианотичного	Бледный	Бледный	Нет
Суточная динамика	Преходящий (исчезает утром)	Нет	Преходящий	Нет
Варикозное расширение вен	Очень часто	Не характерно	Не характерно	Нет
Трофические расстройства	В 10-15% случаев	Нет	Нет	Нет
Дополнительные критерии	Отек уже существует или периодически появляются уже в течение длительного времени	Выраженные признаки основного заболевания	Возникают во 2 половине беременности и не сопровождаются болевым синдромом	При тщательном туалете и правильном заборе мочи – отсутствие протеинурии
Протеинурия	Нет	Есть	Есть/нет	Есть

Лечение

- **Цели ведения:**
- • динамическое наблюдение с целью предупреждения преэклампсии на уровне ПМСП.
- • для проведения дифдиагностики при генерализованных отеках на уровне стационара.
- **Тактика ведения:**
- Госпитализация в дневной стационар:
- • контроль почасового диуреза;
- • определение белка в суточной моче один раз в три дня;
- • контроль АД.
- **Немедикаментозное лечение:**
- • сбалансированное питание;
- • лечебно-охранительный режим;
- • потребление жидкости не менее 2,0 л/сутки.
- Ограничение приема жидкости не обосновано, так как это приводит к усилению гиповолемии.

- **Медикаментозное лечение**
- Медикаментозное лечение не предусмотрено.
- Использование диуретиков не обосновано, так как при этом уменьшается внутрисосудистый объем жидкости и повышается периферическое сосудистое напряжение.
- Другие виды лечения: не проводится.

  Хирургическое вмешательство: не проводится.

  Профилактические мероприятия:
- • сбалансированное питание;
- • положение на левом боку во второй половине беременности;
- • режим труда и отдыха.
- **Дальнейшее ведение:**
- • наблюдение у акушер-гинеколога;
- • контроль АД;
- • при наличии протеинурии, контроль анализа мочи в динамике через 3 дня до исчезновения клинических проявлений;
- • наблюдение у терапевта.

Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:

- отсутствие нарастания или исчезновение отеков;
- отсутствие нарастания или исчезновение протеинурии;
- отсутствие присоединения гипертензивных нарушений;
- пролонгирование беременности.

Показания для госпитализации

Экстренная госпитализация:

- при генерализованных отеках до 30 недель в многопрофильную больницу, после 30 недель родовспомогательное учреждение;

- нарастание протеинурии до 30 недель в многопрофильную больницу, после 30 недель родовспомогательное учреждение.

- Источники и литература
- Протоколы заседаний Экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения МЗ РК, 2014

  - 1. Учебное руководство / Руководство по оказанию антенатальной помощи. Обучение навыкам подготовки к родам.- Алматы, 2012, 120с. 2. Milne F, Redman C, Walker J, et al. The pre-eclampsia community guideline (PRECOG): how to screen for and detect onset of pre-eclampsia in the community. BMJ (Clinical research ed.). Mar 12 2005 ;330(7491):576-580. 3. М. Энкин и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка, СПб, «Петрополис», 2003, с. 124. 4. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman Clinical Guideline / Funded to produce guidelines for the NHS by NICE.- March, 2008. 5.Cote AM, Firoz T, Mattman A, Lam EM, von Dadelszen P, Magee LA. The 24- hour urine collection: gold standard or historical practice? American journal of obstetrics and gynecology. Dec 2008; 199(6):625 e621-626. 6.Thangaratinam S, Coomarasamy A, O'Mahony F, et al. Estimation of proteinuria as a predictor of complications of pre-eclampsia: a systematic review. BMC medicine. 2009; 7:10. 7. Национальный центр по совместной работе по проблемам хронических состояний. Хроническое заболевание почек: национальное клиническое руководство для раннего выявления и ведения заболевания у взрослых при первичной и специализированной медицинской помощи. Лондон: Королевский колледж врачей, сентябрь 2008 г. 8. MEDIKL.info. Медицинская энциклопедия // Отеки ног при беременности, 2010-2014гг. 9. И. А.Золотухин «Дифференциальный диагноз: что скрывается под маской отечного синдрома? Больной с отеком нижних конечностей на терапевтическом приеме» // Новости медицины и фармации.- 9(213), 2007.

- III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА
- **Список разработчиков протокола с указание квалификационных данных:**
- 1. Патсаев Т. А. – заведующий операционного блока РГП на ПХВ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии, д.м.н.
- 2. Муканов Е. Т. – врач акушер-гинеколог ГКП на ПХВ «Областной перинатальный центр» Управления здравоохранения Западно-Казахстанской области, канидат медицинских наук.
- 3. Бакыбаев Д. Е. – врач клинический фармаколог АО «Республиканский научный центр нейрохирургии».
- **Указание на отсутствие конфликта интересов:** отсутствует.
- **Рецензенты:**
  Дощанова Айкерм Мжаверовна - д.м.н., профессор, врач высшей категории, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии интернатуры АО «МУА»
- **Указание условий пересмотра протокола:** Пересмотр протокола через 3 года и/или при появлении новых методов диагностики/ лечения с более высоким уровнем доказательности.